
ESCALA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO DEL DSM-V (CAPS-5): PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS EN MUJERES VIOLENTADAS

*DSM-V Post Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS-5): Psychometric
Properties in Assaulted Women*

*Escala de transtorno de estresse pós-traumático DSM-V (CAPS-5):
propiedades psicométricas em mulheres agredidas*

Graciela Ramírez¹ , Valeria Villarán Landolt² , Rafael Gargurevich² , Nathalia Quiroz¹ 

¹ Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito-Ecuador.
Correo: gramirez522@puce.edu.ec, naquiroz@puce.edu.ec

² Facultad de Psicología Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima-Perú. Correo:
vvillaran@pucp.pe, rgargurevich@pucp.pe

Fecha de recepción: 03 de marzo de 2020.

Fecha de aceptación: 18 de agosto de 2020.

RESUMEN

El estudio muestra las propiedades psicométricas de la Escala de Trastorno de Estrés Post Traumático de Administración Clínica para el DSM-V (CAPS-5) en un grupo de mujeres expuestas a violencia de pareja. La muestra estuvo conformada por 150 mujeres que acudieron a buscar ayuda en distintas instituciones especializadas. Se estudió la estructura interna de la escala mediante el uso de análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Los resultados mostraron que se conservó la estructura de cuatro factores con dos ítems correlacionados $\chi^2 288,501$; $\chi^2/Df, 70$; $CFI .91$; $RMSEA= 0.72 (.05-.08)$, lo que se corresponde con la teoría que respalda el CAPS-5 en su versión original [1]. Los resultados de la validez convergente de la escala fueron significativos. Finalmente, la confiabilidad de la escala arrojó un $\alpha=.92$ lo que se considera altamente significativo. En conclusión, se considera al CAPS-5 como una herramienta válida y consistente para ser





utilizada con mujeres ecuatorianas expuestas a violencia de pareja cuando se trata de determinar si presentan sintomatología postraumática.

Palabras clave: sintomatología postraumática, violencia de pareja, evaluación psicológica, propiedades psicométricas.

ABSTRACT

The study shows the psychometric properties of the Post Traumatic Stress Disorder Scale of Clinical Administration for the DSM-V (CAPS-5) in a group of women exposed to intimate partner violence. The sample consisted of 150 women who came to seek help in different specialized institutions. The internal structure of the scale was studied through the use of exploratory and confirmatory factor analysis. The results showed that the structure of four factors was conserved with two correlated items $\chi^2 288.501$; $\chi^2 / Df, 70$; $CFI .91$; $RMSEA=.72 (.05-.08)$, which corresponds to the theory that supports the CAPS-5 in its original version [1]. The results of the convergent validity of the scale were significant. Finally, the reliability of the scale yielded a $\alpha=.92$ which is considered highly significant. In conclusion, CAPS-5 is considered a valid and consistent tool to be used with Ecuadorian women exposed to intimate partner violence when it comes to determining whether they present with post-traumatic symptomatology.

Key words: post-traumatic symptomatology, partner violence, psychological evaluation, psychometric properties.

RESUMO

O estudo mostra as propriedades psicométricas da Escala de Transtornos de Estresse Pós-Traumático de Administração Clínica para o DSM-V (CAPS-5) em um grupo de mulheres expostas à violência por parceiro íntimo. A amostra foi constituída por 150 mulheres que procuraram ajuda em diferentes instituições especializadas. A estrutura interna da escala foi estudada através do uso de análise fatorial exploratória e confirmatória. Os resultados mostraram que a estrutura de quatro fatores foi conservada com dois itens correlatos $\chi^2 288,501$; $\chi^2 / Df, 70$; $CFI, 91$; $RMSEA= .72 (.05-.08)$, que corresponde à teoria que suporta o CAPS-5 em sua versão original [1]. Os resultados da validade convergente da escala foram significativos. Finalmente, a confiabilidade da escala produziu um $\alpha=.92$ que é considerado altamente significativo. Em conclusão, o CAPS-5 é considerado um instrumento válido e consistente para ser usado com mulheres equatorianas expostas à violência por parceiro íntimo quando se trata de determinar se elas apresentam sintomatologia pós-traumática.

Palavras-chave: sintomatologia pós-traumática, violência do parceiro, avaliação psicológica, propriedades psicométricas.

INTRODUCCIÓN



Compartir

Ramírez, Landolt, Gargurevich & Quiroz. Escala de trastorno de estrés post traumático del DSM-V (CAPS-5): Propiedades psicométricas en mujeres violentadas.
Julio- Diciembre de 2020

<http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.244>



Compartir

La violencia se define como un suceso o sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física y psicológica de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales [2]. Cifras recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúan a la violencia de pareja como un grave problema de salud pública y una violación a los derechos humanos de las mujeres. Las cifras de la prevalencia mundial indican que el 35% de las mujeres han sufrido alguna forma de violencia de pareja. Estas formas de violencia pueden dar lugar a menoscabo en la salud física, mental, sexual y reproductiva [3]. Existe sólida evidencia de que las mujeres expuestas a violencia de pareja, constante y sistemáticamente desarrollan sintomatología postraumática. El estudio de Aguirre y otros [4] evidencia en una muestra de 42 mujeres consultantes por violencia de pareja, que el 40.5% reunió las características de *Trastorno de Estrés Postraumático* (TEPT). Por su parte, Prieto [6] concluye que el TEPT en mujeres víctimas de violencia de pareja aparece hasta en un 84% de los casos y que las mujeres que han vivido violencia sexual, presentan mayor gravedad del trastorno.

El TEPT se identifica con el código 309.81-DSM-V [5] [7], e incluye en esta versión cuatro grupos de síntomas y siete criterios para su diagnóstico:

Tabla 1

Criterios para el Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático DSM-V (2013) [5].

Criterio A: Exposición a muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual

Criterio B: Síntomas intrusivos

1. Recuerdos intrusivos
2. Sueños angustiosos
3. Reacciones disociativas
4. Malestar psicológico intenso
5. Reacciones fisiológicas intensas

Criterio C: Síntomas evitativos

6. Evitación de memorias, pensamientos y sentimientos
7. Evitación de recordatorios externos

Criterio D: Síntomas cognitivos y del estado de ánimo

8. Incapacidad de recordar algunos aspectos del evento
9. Creencias y expectativas negativas persistentes
10. Percepción distorsionada de la causa y culpa
11. Estado emocional negativo persistente
12. Disminución importante del interés y la participación e actividades significativas
13. Desapego o extrañamiento de los demás
14. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas





Criterio E: Síntomas de la alteración de la alerta y reactividad

15. Comportamiento irritable y arrebatos de furia
16. Comportamiento imprudente y autodestructivo
17. Hipervigilancia
18. Respuesta de sobresalto exagerada
19. Problemas de concentración
20. Alteración del sueño

F. La duración de la alteración (criterios b, c, d y e) es superior a un mes.

G. Malestar clínicamente significativo.

Desarrollo de la Clinician Administered PTSD Scale en base al DSM-V

El CAPS-5 fue desarrollado utilizando los 7 criterios diagnósticos de la tabla anterior en forma de 20 ítems. Se lo considera el *gold standar* de la evaluación del TEPT [9]. Esta escala se ha actualizado de manera paralela al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) [10]. El CAPS es la medida de diagnóstico para el TEPT más utilizada en el mundo [11].

El CAPS-4, que se corresponde con el DSM-IV-TR, ha sido revisado para reflejar los criterios del DSM-5 [12], dando paso al CAPS-5. Esta versión conserva las siguientes características: uso de anclajes conductuales para reducir el sesgo; consideración de la frecuencia y la gravedad de la presentación de síntomas en la puntuación; capacidad para puntuar la gravedad general de los síntomas y marcarlos como ausentes o presentes [10]. El CAPS-5 en el año 2014 inició los procesos de evaluación para validez psicométrica por parte de sus creadores [6] y se espera que refleje puntuaciones óptimas. La evidencia acumulada en más de 20 estudios de análisis psicométricos con muestras de habla inglesa en los Estados Unidos, sugiere que el CAPS tiene una alta consistencia interna ($> .85$), una validez convergente de moderada a fuerte; además la puntuación de gravedad total de CAPS ha mostrado correlaciones de (0.6) o más con las puntuaciones de gravedad total de otras medidas de TEPT y finalmente el CAPS muestra una estructura de factores que refleja el modelo de cuatro grupos del DSM-IV [14] [15].

El CAPS para el DSM-IV-TR, fue traducido en quince idiomas. La versión en español fue evaluada con una muestra de 63 pacientes diagnosticados de TEPT y 23 individuos sanos reclutados en 13 clínicas de salud mental en España [10]. En esta versión, el alfa de Chronbach fue alto para el puntaje total de CAPS $\alpha = .91$ y moderado a alto de cada uno de los tres grupos de PTSD dentro de los CAPS $\alpha = .83$ para Intrusión, $\alpha = .70$ para Evitación y $\alpha = .77$ para Hiperactivación. La fiabilidad test-retest también fue alta para los puntajes totales de CAPS ($.87$) y para los tres puntajes de clúster CAPS ($.93$, $.92$ y $.87$). Finalmente, con respecto a la validez convergente, las puntuaciones de gravedad total de





CAPS se correlacionaron moderadamente a fuertemente con las otras medidas de PTSD entre (.46 y .88).

El CAPS-5, versión inglesa; se sujetó a una evaluación psicométrica inicial en 2 muestras de veteranos ($N=165$) y ($N=207$). El CAPS-5 demostró una gran confiabilidad entre evaluadores $\kappa = .78$ a 1.00 y la confiabilidad test-retest $\kappa = .83$, así como una fuerte correspondencia el diagnóstico basado en el CAPS para DSM-IV $\kappa = .84$. El puntaje de severidad total de CAPS-5 demostró una alta consistencia interna $\alpha = .88$ y una confiabilidad entre evaluadores $ICC = .91$ y una buena confiabilidad de prueba y prueba $ICC = .78$. También demostró una buena validez convergente con una puntuación de gravedad total en el CAPS-IV $r = .83$ con la lista de verificación de PTSD para el DSM-5 $r = .66$ y una buena validez discriminante con medidas de ansiedad, depresión, somatización, deterioro funcional, psicopatía y abuso de alcohol $rs = (.02$ a $.54)$. En general, los resultados del CAPS-5 muestran que se trata de una medida psicométricamente sólida del diagnóstico y la gravedad de los síntomas del TEPT para el DSM-5 [11].

El CAPS-5 fue traducido al español en el 2015 por Rendón [11], produciendo una equivalencia técnica entre la adaptación española y su versión original en inglés. Esta traducción, contó con una muestra de ($N=174$) veteranos puertorriqueños [12]. Se evaluó la consistencia interna, las correlaciones de ítem y total y la validez de convergencia entre esta versión y una versión en español del PCL (Escala de verificación de Psicopatía). En el estudio, el alfa de Cronbach era alto $\alpha = .84$, y las correlaciones de ítem-total oscilaban entre (.19) y (.57). En cuanto a la validez convergente, los puntajes de CAPS se correlacionaron moderadamente con los puntajes de PCL-C (.38), y con respecto a la validez de criterio, los puntajes de CAPS totales y de clúster fueron estadísticamente significativamente mayores para 71 casos positivos. También se comparó los puntajes de clúster CAPS y llevó a cabo un análisis factorial con cuatro modelos competidores, el modelo de cuatro factores indicó un buen ajuste, representando los cuatro grandes grupos de síntomas del TEPT del DSM-V [18] [11].

A partir de lo expuesto, se puede decir que el CAPS-5 es una herramienta sólida para la evaluación del TEPT, ya que refleja directamente los criterios del DSM-5 gracias a sus preguntas rápidas y anclas explícitas de escala de calificación con referentes conductuales claros [17]. La calificación se basa en la frecuencia más la intensidad de los síntomas, situando una única puntuación de gravedad, lo que permite una evaluación multidimensional.

Después de una exploración profunda de las bases de datos existentes, hasta la fecha, no se ha encontrado estudios publicados que documente evidencias sólidas de validez y confiabilidad en ninguna versión del CAPS-5 en español, por lo que es imprescindible aportar al desarrollo progresivo de este instrumento en esta lengua y arrojar líneas base





para estudios de morbilidad, de efectividad de psicoterapia, entre otros. Además, es necesario que un instrumento tan potente pueda ser conocido y paulatinamente incorporado a el ámbito ecuatoriano.

En base a la información previa, el objetivo de este artículo es presentar evidencias de validez y confiabilidad de la Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-V (CAPS-5) en una muestra de mujeres ecuatorianas de entre 20 y 50 años expuestas a violencia de pareja. Para responder a este objetivo, se revisará las propiedades psicométricas del instrumento.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestreo intencional con 150 mujeres ecuatorianas. Las personas seleccionadas para esta muestra, estuvieron expuestas a violencia ejercida por sus parejas o ex-parejas y asistieron voluntariamente a poner su caso en conocimiento del sistema judicial ecuatoriano y entidades en red.

A pesar de que no existe acuerdo definitivo en cuanto a la muestra requerida para el análisis psicométrico de un instrumento, varios autores sugieren que un número aceptable de tamaño muestral es de 200 casos; exepcto para muestras clínicas [13]. La muestra de este estudio ($N=150$), representa el mínimo necesario para un análisis psicométrico de acuerdo al número de items de la escala, en este caso 5 casos por ítem multiplicado por ($N=30$) items [20] [21] [32]. La mayoría de estudios con muestras más amplias trabajan con muestras a conveniencia, en la mayoría de casos estudiantes universitarios, lo cual supone problemas en la representatividad.

Es claro que en la investigación psicométrica se prefiere el trabajo con muestras más grandes; sin embargo, en este estudio se trató durante un año, directamente con una muestra clínica expuesta a una situación de riesgo; ya que estas mujeres a más de la situación de violencia, atraviesan largos procesos judiciales que terminan por ser re victimizantes. Es por eso, que la aplicación del instrumento y toda la investigación, estuvo enmarcada dentro del criterio de agilidad procesal requerido para los casos de violencia contra las mujeres, a través de un instrumento especializado que requería profesionales en peritaje para la aplicación [26] [27] [28]. Por estos motivos, se tomó la decisión de que 150 casos constituyen una muestra importante y representativa de esta población.

La edad media de las participantes fue de 31 años $DE=(8.85)$ y el rango de edades fue de 18 a 54 años. Se seleccionó este rango porque las mujeres en edad reproductiva sufren violencia más a menudo y están expuestas a un mayor riesgo para sus vidas [14]. [29]. La mayoría de las participantes, el 46.5% estaban solteras $N=(67)$ mientras que el 36.8 % estaban casadas $N=(53)$, 8% divorciadas $N=(12)$, 9.6% en unión de hecho $N=(9)$, 2% viudas $N=(3)$ y 6 mujeres (4%) no respondieron al cuestionario. Con relación al



estatus socioeconómico auto percibido, la mayoría reportó estatus medio 42.4% ($N=61$), mientras que 29.9% ($N=43$) personas reportaron estatus medio bajo, 18.8% ($N=27$) personas reportaron estatus medio alto y apenas 4.9% ($N=7$) personas reportaron estatus bajo. La tabla 2 presenta un resumen del historial de violencia de la muestra:

Tabla 2

Historial de violencia reportada de la muestra estudiada

	Si	Porcentaje	No	Porcentaje
Violencia ejercida por la pareja	$N=137$	95.1%	$N=7$	4.9%
Violencia física	$N=59$	41%	$N=85$	59%
Violencia psicológica	$N=127$	88.2%	$N=17$	11.1% ⁸
Violencia sexual	$N=29$	20.1%	$N=115$	79.9%
Presentaron denuncia	$N=35$	24.3%	$N=109$	75.7%

Instrumentos

Ficha Socio Demográfica. Ficha elaborada por la investigadora, compuesta por 11 ítems, a través de la cual se recabó información sobre edad, consumo de sustancias adictivas, nivel educativo, nivel socioeconómico y principalmente historial de violencia. Con este instrumento se identificó si las participantes cumplían con los criterios de inclusión o exclusión, aportando a aislar la variabilidad de la condición previa.

Listado de Eventos de Vida Estresantes en Español (LEVE). El CAPS-5 requiere la aplicación previa de un *check list* de eventos estresante para determinar la presencia del evento a detallar en la entrevista. Este instrumento de 20 ítems, investiga la prevalencia de eventos de vida estresantes [23], detectando la presencia del evento de denominado violencia o conflictos en la pareja (Ítem 19).

Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-V (CAPS-5). Presenta 30 ítems. La administración debe estar precedida por la administración de la lista de verificación de eventos [9]. para identificar el evento traumático a ser evaluado [15] [35]. Se puntúa cada ítem que representa un síntoma, desde 0 (ausente) hasta 4 (extremo-incapacitante).

Impact of event scale-revised (IES-R). Escala de auto reporte de 22 ítems que evalúa la angustia subjetiva causada por eventos traumáticos, Los ítems se califican en una escala de 5 puntos que va de 0 (nada) a 4 (extremadamente) [31]. El IES-R obtiene una puntuación total (que va de 0 a 88) y también pueden calcularse sub escalas de intrusión, evitación y hiper excitación. Se trabajará a partir de la versión validada para población peruana por [16], debido a la cercanía lingüística con el léxico ecuatoriano.

Procedimiento





En primer lugar, para llevar a cabo la validación de contenido, el CAPS-5 y el LEVE fueron revisados por cinco psicólogas clínicas de nacionalidad ecuatoriana y con al menos cinco años de experiencia como docentes universitarias. Se realizó una prueba de jueces en cada caso. Las expertas revisaron la relevancia y congruencia de los ítems con el contenido teórico, la redacción y la presencia de sesgos en la formulación. Posteriormente, se incorporó los cambios sugeridos y se documentó las discrepancias en los distintos pasos de validación [17]. Una vez que los instrumentos se consideraron lingüísticamente óptimos para aplicarse con población ecuatoriana, se seleccionó a la muestra a través de la ficha sociodemográfica y el resultado del (LEVE). Las participantes marcaron positivo en el ítem 19, que reporta violencia dentro de la familia. Dentro de las instituciones participantes, se capacitó al personal clínico experto ($N=13$) quienes aplicaron los instrumentos. Todas las participantes fueron evaluadas de forma individual y dieron su consentimiento de participación. Se garantizó consideraciones éticas que priorizaron la no re-victimización de las participantes. Esta investigación cumplió con los requisitos de los comités éticos de la Pontificia Universidad Católica del Perú y de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en concordancia con el código de la APA.

Análisis estadístico y psicométrico

Con los datos de las participantes, extraídos de ficha sociodemográfica se formó grupos con las variables detalladas, tales como edad, estado civil, nivel socioeconómico y tipo de violencia reportada. La información se procesó con estadística descriptiva, detallando los elementos más representativos de la población. Para la validez de contenido del CAPS-5 y LEVE se utilizó el coeficiente PABAK que evalúa la fiabilidad del acuerdo entre un número fijo de evaluadores al asignar calificaciones categóricas a una serie de elementos. La medida calcula el grado de acuerdo a una clasificación más de lo que cabría esperar por azar [24] [18]. Para analizar la distribución de los datos en las escalas CAPS-5 e IES-R, se obtuvo también la media, desviación estándar, mínimo y máximo de las puntuaciones obtenidas.

Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE), como antecedente, ya que se procuró identificar el número y composición de los factores comunes (variables latentes) necesarios para explicar la varianza común del conjunto de ítems analizado. Se realizó posteriormente un análisis factorial confirmatorio (AFC), para corroborar las correlaciones entre las variables reproduciendo un modelo de cuatro factores previamente probado [1] [6] [7]. Se utilizó para este estudio el paquete AMOSS del IBM SPSS *Statistics* 23.0 (2014). Los ítems del CAPS-5 se organizan en factores que deberían representar la estructura original del mismo y como resultado se espera la correlación con los cuatro grandes factores determinados en la teoría que respalda el instrumento; ya que este está diseñado en relación al DSM-V. Una vez determinada la estructura factorial, esta se consideró como evidencia de la validez de constructo. En el caso del CAPS-5, las medidas de frecuencia e intensidad juntas determinan la medida de severidad; se



determinará la estructura factorial de la puntuación total. Si los síntomas se agrupan de una determinada manera (en las cuatro sub escalas) estas deberían correlacionar con otra prueba conocida que mida lo mismo, en este caso el IES-R, para la validez de tipo convergente.

La confiabilidad de una prueba indica el grado en que las diferencias individuales en las calificaciones de una prueba son atribuibles al error aleatorio de medición y en la medida en que son atribuibles a diferencias reales en la característica o variable que se está midiendo. Por medio de frecuencias y medidas de resumen para describir las dimensiones de los instrumentos, y con base en α de Cronbach y coeficientes de correlación de Pearson se evaluó sus propiedades psicométricas (Alpha de Cronbach estandarizado). La medida de la fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados [19]. El α de Cronbach es una medida de consistencia interna. En el caso del CAPS-5, las sub escalas: intrusión, evitación, alteraciones cognitivas negativas e hiperactivación, debían demostrar una correlación interna, es decir que los ítems de cada sub escala están entre ellos más que con el resto de la prueba.

RESULTADOS

Validación de contenido

A partir de la examinación de los aspectos lingüísticos del CAPS-5 por parte de los jueces, se puede decir que este es un instrumento que se ajusta apropiadamente a la población ecuatoriana. La última versión que se propone del mismo no incluye cambios importantes a nivel sintáctico ni semántico. El instrumento listo para aplicarse obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 3

Resultado Validación de Contenido de la Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-V (CAPS-5)

Instrumento	Ítems	Jueces	PABAK	CVC*
CAPS-5	30	3	0.98	0.94
LEVE	20	3	1	1

Clave.CVC: Coeficiente de validez de contenido

Análisis preliminar de las medidas utilizadas



A continuación, se presentan los análisis descriptivos básicos de las medidas utilizadas. Con una curtosis < 3 y una asimetría < 10 se puede decir que la muestra es normal. Esto se puede verificar en la tabla 4.

Tabla 4

Descriptivos de las medidas aplicadas

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
SUBT_SB	8.88	4.66	0	20	-0.1	-0.585
SUBT_SC	4.16	2.113	0	8	-0.382	-0.645
SUBT_SD	11.71	6.615	0	25	0.049	-1.017
SUBT_SE	9.23	5.51	0	22	0,123	-0.744
Stm_Int	12.09	7.595	0	28	-0.005	-1.048
Stm_Evt	15.04	7.88	0	29	-0.358	-0.848
Stm_Hip	37.26	20.664	0	79	-0.098	-0.988

Clave. **SUBT_SB:** sintomatología intrusiva Caps-5, **SUBT_SC:** sintomatología evitativa CAPS-V, **SUBT_SD:** sintomatología cognitiva y del estado de ánimo CAPS-V, **SUBT_SE:** sintomatología de hiperactivación CAPS-V, **Stm_Int:** sintomatología intrusiva IES-R, **Stm_Evt:** sintomatología evitativa IES-R, **Stm_Hip:** sintomatología de hiperactivación IES-R.

Estructura Interna del CAPS-5

Para el AFE, se realizó un análisis de componentes principales con las puntuaciones de los ítems (rotación Promax). Al realizar los análisis, se halló un coeficiente Kaiser Meyer Olkin (KMO) de .92, considerando que una puntuación cercana a uno se considera una adecuación maestra alta. El Test de esfericidad de Bartlett (χ^2) fue significativo ($p < .000$), lo que confirmó que los resultados podían interpretarse en base a los datos obtenidos. Para el análisis de comunalidades (h^2) se consideró una puntuación de $< .32$ para el retiro de ítems, por lo que ninguno fue extraído. Los resultados de las puntuaciones arrojaron cuatro componentes. El primer componente obtuvo un auto valor de 8.57, el segundo de 1.30, el tercero de 1.21 y el cuarto de 1.07. Estos explicaron 42.88%, 6.51%, 6.07% y 5.37% de la varianza respectivamente. El primer componente estuvo conformado por cinco ítems que representaban la sintomatología intrusiva, el segundo componente estuvo conformado por dos ítems que representaban sintomatología evitativa, el tercer componente estuvo conformado por ítems que representaban sintomatología de alteración cognitiva y del estado de ánimo, el cuarto componente estuvo conformado por seis ítems que representaban la sintomatología intrusiva. Para confirmar estas soluciones iniciales se llevaron a cabo los análisis factoriales confirmatorios de la estructura factorial del CAPS-5.



Tabla 5

Varianza total explicada CAPS-5

Compo Nente	Auto valores iniciales			Sumas de Extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado rotadas		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	8.576	42.882	42.88	8.576	42.9	42.882	4.354	21.8	21.77
2	1.302	6.51	49.39	1.302	6.51	49.392	3.504	17.5	39.29
3	1.215	6.076	55.47	1.215	6.08	55.469	2.245	11.2	50.52
4	1.076	5.378	60.85	1.076	5.38	60.846	2.065	10.3	60.85

Al revisar la matriz rotada con los métodos Varimax y Oblimin, se encontró que los síntomas intrusivos se agrupan adecuadamente con excepción del S_B3 (.35) (reacciones disociativas), de igual manera se encontró que se agrupan adecuadamente los síntomas cognitivos. Los síntomas evitativos en cambio parecerían agruparse con los síntomas cognitivos. Se encontró inconsistencias en algunos items especialmente en los síntomas de hiperactivación (S_E1, S_E2, S_E3, S_E4, S_E5, S_E6), los mismos que no se agruparon entre sí. Este resultado preliminar indica la necesidad de realizar análisis factoriales confirmatorios, ya que los items miden dimensiones cercanas. En la tabla 6 se pueden observar los cuatro componentes.

Tabla 6

Matriz de componentes rotada CAPS-5

ITEM	Componentes			
	1	2	3	4
S_B1		0.665		
S_B2		0.74		
S_B3		0.358		
S_B4		0.65		
S_B5		0.502		
S_C1	0.542			
S_C2	0.687			
S_D1				0.787
S_D2	0.613			

S_D3	0.587		
S_D4	0.757		
S_D5	0.626		
S_D6	0.659		
S_D7	0.643		
<hr/>			
S_E1	0.584		
S_E2			0.687
S_E3		0.761	
S_E4		0.793	
S_E5			0.55
S_E6	0.717		

Para el AFC se partió del criterio clásico de máxima verosimilitud, de acuerdo con el supuesto de normalidad multivalente de los items [20]. El AFC, tiene como objetivo buscar el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos [21]. En el caso del CAPS-V una teoría bien establecida, nos permite suponer *a priori* que este va a conservar el modelo de cuatro factores que se viene utilizando para sus predecesores y que estos se corresponderán con los cuatro grupos de síntomas del DSM-V en base al cual fue desarrollado [12] [30] [33] [34]. En este estudio el AFC se realizó directamente con la muestra total de 150 participantes, tomando en cuenta que en estudios con muestras pequeñas no es posible realizar la partición en la mitad de la muestra. El AFC estuvo compuesto de los siguientes cálculos: en primer lugar la estimación del AFC con el Método de la Máxima Verosimilitud, posteriormente los índices de ajuste absoluto con la prueba X^2 en el que se espera la ausencia de significancia ($p < ,05$) [20] [22] y la razón Chi cuadrado normada (X^2/Df) en las que se espera tener valores inferiores a 4, el cumplimiento de menos uno de estos criterios se condiera un indicador positivo de ajuste [13]. Finalmente, se utilizó el índice de ajuste comparativo (CFI) en el que se espera puntuaciones superiores a ,90 y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) en el que se considera ajustes aceptables a las puntuaciones comprendidas entre ,06 y ,08; ajuste óptimo con valores inferiores a ,05 [22].

Difícilmente los modelos en AFC ajustan los datos en un primer contraste, es por eso que se probó el modelo original versus el modelo con errores correlacionados, los resultados se detallan en la tabla siguiente:

Tabla 7

Modelos factoriales confirmatorios de CAPS-V con estimación de Máxima



	χ^2	χ^2/Df	CFI	RMSEA
Modelo Original Cuatro Factores	263.713	1.8	0.92	0.74 (0.6-0,9)
Modelo Original con errores correlacionados	288.50	1.7	0.91	0.72 (0.05-0.08)

Como se puede ver en la tabla 7 el χ^2 del modelo Original con items con errores correlacionados es estadísticamente significativo, el CFI es superior a .90, la razón Chi cuadrado normada (χ^2/Df) es inferior a 4 y finalmente el RMSEA se ajusta entre .06 y .08. Dando cuenta de la correspondencia del modelo con la teoría de cuatro factores que lo antecede. A continuación, se presenta gráficamente el modelo del AFC del CAPS-5:

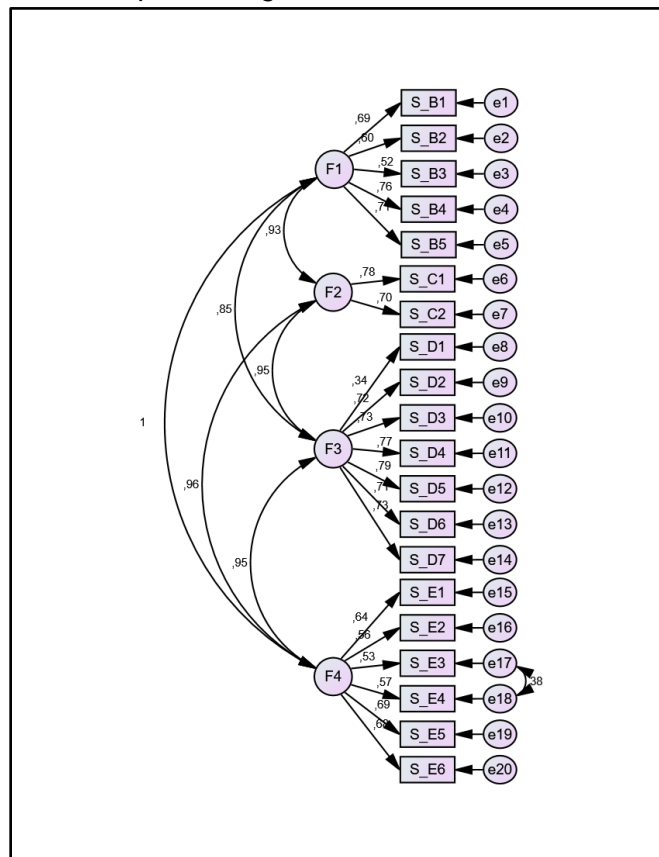


Figura 1 Análisis Factorial Confirmatorio del CAPS-5

Validez convergente

El análisis preliminar de correlación de Pearson mostró correlaciones positivas y altamente significativas entre las escalas del CAPS-5 y el IES-R, esto se puede ver en la tabla 8.

Tabla 8

Correlaciones iniciales entre CAPS-5 e IES-R

	SUBT_SB	SUBT_SC	SUBT_SD	SUBT_SE	Stm_Int	Stm_Evt	Hipract	EIE_TOTAL
SUBT_SB intrusivos		.630**	.693**	.775**	.751**	.625**	.727**	.744**
SUBT_SC evitativos			.718**	.654**	.566**	.638**	.625**	.647**
SUBT_SD cognitivos				.754**	.650**	.542**	.681**	.669**
SUBT_SE hiperactivación					.692**	.574**	.732**	.707**
Stm_Int						.788**	.897**	.950**
Stm_Evt							.806**	.917**
Hipract								.956**

Clave. **SUBT_SB:** sintomatología intrusiva Caps-5, **SUBT_SC:** sintomatología evitativa CAPS-V, **SUBT_SD:** sintomatología cognitiva y del estado de ánimo CAPS-V, **SUBT_SE:** sintomatología de hiperactivación CAPS-V, **Stm_Int:** sintomatología intrusiva IES-R, **Stm_Evt:** sintomatología evitativa IES-R, **Stm_Hip:** sintomatología de hiperactivación IES-R

En la tabla 9 se presentan las correlaciones más representativas con los datos sociodemográficos obtenidos.

Tabla 9

Correlaciones iniciales con las variables sociodemográficas

	Reporta exposición a violencia ejercida por pareja	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Denuncia	Violencia hace seis meses
SUBT_SB	.285**	0.159	.236**	.331**	0.065
SUBT_SC	.313**	0.115	.228**	.173*	0.128
SUBT_SD	.235**	.181*	.212*	.205*	0.085
SUBT_SE	.308**	.191*	.328**	.298**	0.107
Stm_Int	.280**	.293**	.322**	.278**	0.076
Stm_Evt	.264**	.258**	.286**	.278**	.174*



Hipract	.307**	.268**	.278**	.314**	0.148
EIE_TOTAL	.302**	.291**	.313**	.309**	0.141

Clave. **SUBT_SB:** sintomatología intrusiva Caps-5, **SUBT_SC:** sintomatología evitativa CAPS-V, **SUBT_SD:** sintomatología cognitiva y del estado de ánimo CAPS-V, **SUBT_SE:** sintomatología de hiperactivación CAPS-V, **Stm_Int:** sintomatología intrusiva IES-R, **Stm_Evt:** sintomatología evitativa IES-R, **Stm_Hip:** sintomatología de hiperactivación IES-R

Consistencia interna del CAPS-5

Partiendo de la estructura factorial de la CAPS-5, se calculó el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach total $\alpha=.92$ y por escalas, obteniéndose los siguientes puntajes: sintomatología intrusiva $\alpha=.78$, sintomatología evitativa $\alpha=.65$, sintomatología de alteración cognitiva y del estado de ánimo $\alpha=.84$, y sintomatología de hiperactivación $\alpha=.82$. Estos coeficientes se consideran óptimos [23]. En el caso del CAPS-5, las sub escalas intrusión, evitación, alteraciones cognitivas negativas e hiperactivación, demostraron una correlación interna, es decir, los ítems de cada sub escala correlacionaron entre ellos más que con el resto de la prueba. El ítem S_D1 es el que mostró menos consistencia y se consideró problemático a nivel de confiabilidad, sin embargo, al quitar este ítem no hubo mayor variación. Esto se observa en la tabla 10.

Tabla 10

Matriz Alpha de Cronbach

Ítem	Correlación Ítem-Total Corregida	Alpha de Cronbach si se quita el ítem
S_B1	0.613	0.924
S_B2	0.538	0.926
S_B3	0.522	0.926
S_B4	0.643	0.924
S_B5	0.686	0.922
S_C1	0.679	0.923
S_C2	0.614	0.924
S_D1	0.323	0.929
S_D2	0.642	0.923
S_D3	0.653	0.923
S_D4	0.667	0.923
S_D5	0.712	0.922
S_D6	0.632	0.924



Compartir



Compartir

S_D7	0.666	0.923
S_E1	0.585	0.925
S_E2	0.553	0.925
S_E3	0.504	0.926
S_E4	0.553	0.925
S_E5	0.653	0.923
S_E6	0.605	0.924

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue estudiar la validez y la confiabilidad de la *Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-5)*, traducida como Escala de Trastorno de Estrés Post Traumático de Administración Clínica para el DSM-V en una muestra de mujeres ecuatorianas.

Resulta interesante discutir algunas características de las mujeres participantes de la presente investigación: *el 95.4 %* de las mujeres con las que se trabajó cumplen con los siete criterios que configuran el TEPT. En primer lugar, a pesar de que *el 95.1%* de participantes reporta exposición a la violencia ejercida por la pareja o ex pareja solo *el 24.3%* decidió presentar una denuncia; situación que evidencia que muchas mujeres prefieren no ingresar en el sistema penal seguramente por lo complejo y desgastante que son los procesos penales en el Ecuador. En segundo lugar, la violencia psicológica presente en *88.2%* de los casos fue transversal a las otras formas de violencia reportadas (física y psicológica). Este tipo de violencia es la más difícil de evaluar, es por eso que este instrumento aporta a la adecuada evaluación de la misma, lo cual es una contribución fundamental para posteriores intervenciones y estudios.

Los resultados obtenidos aportan evidencia de validez y confiabilidad de la primera versión de la versión del CAPS para el DSM-5, en concordancia con los estudios realizados en las versiones en español del CAPS para el DSM-4 [10] [12]. La estructura de cuatro factores del CAPS fue conservada tanto en el AFE como en el AFC, demostrando consistentemente este modelo y su capacidad de replicarse en otros contextos lingüísticos y culturales. En cuanto a la consistencia interna un $\alpha=.92$ se considera altamente significativo y demuestra la confiabilidad de la escala en concordancia con su antecesor el CAPS-4 [8] [9] [10].

En cuanto a la validez convergente se pudo determinar que el CAPS-5 y el IES-R correlacionan positivamente, como era de esperarse entre una escala de auto aplicación que mide la sintomatología postraumática y la entrevista estructurada que mide el mismo constructo gracias al criterio clínico. Se puede afirmar entonces que el TEPT, como





constructo, es sólido y explicativo de la realidad psíquica de las participantes del estudio expuestas a violencia por parte de la pareja.

Una limitación grande de este estudio, es que no fue posible utilizar medidas de bienestar y por tanto no se logró obtener datos de la validez discriminante. Al trabajar con muestra clínica no era pertinente aplicar instrumentos que no aporten a demostrar el daño experimentado por las participantes. Se espera producir un estudio posterior, con una muestra más amplia, que no sea clínica, para poder comparar los resultados con este trabajo.

Los resultados de la presente investigación demuestran que la versión en español y adaptada para el Ecuador del CAPS-5 cuenta con evidencias de validez y confiabilidad y puede ser utilizada adecuadamente en futuros estudios con muestras clínicas y no clínicas. Para concluir, es importante destacar que se ha confirmado que la población ecuatoriana se ajusta al modelo de cuatro factores del CAPS-5, el mismo que se encuentra en etapa de validación por los mismos creadores [24]. Este estudio, aporta una primera evidencia de validez y confiabilidad en una muestra clínica que posteriormente podrá ser comparado con otro tipo de muestras, es por eso que los operadores de justicia en el Ecuador han acogido el instrumento y están generando protocolos para implementar el mismo. Esta implementación permitirá que se genere resultados diversificando la muestra por ascendencia étnica, edad, género. El TEPT es un constructo consolidado que se puede medir en lenguas distintas de la base del instrumento original; en este caso el español, dando cuenta que es un trastorno que se puede presentar independientemente de las particularidades del contexto cultural.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador ha financiado por completo esta investigación como parte de la Investigación Doctoral de Graciela Ramírez Iglesias, docente de esta institución.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no hay conflicto de interés alguno

APORTE DEL ARTÍCULO EN LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Este artículo aporta a la línea de investigación psicométrica en el Ecuador, línea que está en un necesario auge desde hace algunos años, en correspondencia con la actualidad investigativa mundial.



Compartir

Ramírez, Landolt, Gargurevich & Quiroz. Escala de trastorno de estrés post traumático del DSM-V (CAPS-5): Propiedades psicométricas en mujeres violentadas.
Julio- Diciembre de 2020

<http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.244>



Compartir



DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DE CADA AUTOR

Graciela Ramírez dirigió la investigación, en tanto corresponde a un producto de su tesis doctoral, además coordinó la recolección de datos y la redacción del documento. Valeria Villarán apoyó en la revisión de la investigación y el documento en todas sus fases, en su rol como Directora de Tesis Doctoral; Rafael Gargurevich apoyó en el diseño psicométrico y análisis estadístico y Nathalia Quiroz fue la Investigadora asociada que aportó a la redacción del documento y coordinó la recolección de datos con los asistentes de investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la PUCE, sus directivos, equipo de investigación y colegas por el apoyo recibido durante el proceso.

A la PUCP, sus directivos y miembros por el apoyo recibido durante el proceso.

A las instituciones participantes en la recolección de datos.

REFERENCIAS

- [1] F. W. Weathers, T. M. Keane y J. R. T. Davidson, «Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research,» *Depression and Anxiety*, 13(3), pp. 132-156, 2001.
- [2] E. Echeburúa y P. Amor, Evaluación del daño psicologico en víctimas de delitos violentos, Madrid: Pirámide, 2002.
- [3] Organización Mundial de la Salud , «Estadísticas Sanitarias Mundiales,» OMS, Ginebra, 2014.
- [4] E. Echeburua, P. Corral, P. Amor, I. Zubizarreta y B. Sarasúa, «Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas,» *Análisis y Modificación de Conducta* 23, pp. 503-26, 1997.
- [5] American Psychiatric Assotiation, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Colombia : Panamericana, 2014.
- [6] F. W. Weathers, B. P. Marx, M. J. Friedman y P. P. Schnurr, «Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria, new measures, and implications for assessment,» *Psychological Injury and Law*, 7(2), pp. 93-107, 2014 .
- [7] D. D. Blake, F. W. Weathers, L. M. Nagy, D. G. Kaloupek, F. D. Gusman, C. S. y T. M.



- Keane, «The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale,» *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), pp. 75-90, 1995.
- [8] E. B. Blanchard, J. Jones-Alexander, T. C. Buckley y C. A. Forneris, «Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL),» *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), pp. 669-673, 1996.
- [9] M. G. Griffin, M. H. Uhlmansiek, P. A. Resick y M. B. Mechanic, «Comparison of the posttraumatic stress disorder scale versus the clinician administered posttraumatic stress disorder scale in domestic violence survivors.,» *Journal of Traumatic Stress*, 17(6), pp. 497-503, 2004.
- [10] B. J. Bobes, A. Calcedo-Barba, M. García, M. François, F. Rico-Villademoros y M. González, «Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático,» *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), pp. 207-218, 2000.
- [11] F. W. Weathers, M. J. Bovin, D. J. Lee, D. M. Sloan, P. P. Schnurr, D. G. Kaloupek y B. P. Marx, «The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5),» *Development and initial psychometric evaluation in military Veterans. Psychological Assessment*, 30, doi:10.1037/pas0000486, pp. 383-395, 2018.
- [12] L. T. Benuto, A. M. Olmo-Terrasa y M. L. Reyes-Rabanillo, «Exploring the factor structure and psychometric properties of a Spanish translation of the Clinician-Administered PTSD Scale.,» *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 9(1), pp. 14-26, 2011.
- [13] S. Lloret-Segura, A. Ferreres-Traver, A. Hernandez-Baeza y I. Tomás-Marco, «El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada.,» *Anales de Psicología*, vol 30, N.3, pp. 1151-1169, 2014.
- [14] Organización Mundial de la Salud, «<http://www.who.int>,» Septiembre 2016. [En línea]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>. [Último acceso: 11 Diciembre 2016].
- [15] Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V, Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- [16] R. Gargurevich, P. Luyten, J. Fils y J. Corveleyn, «Factor structure of the Impact of Event Scale-Revised in two different Peruvian samples.,» *En Depress Anxiety*, 26, pp. E91-8. doi: 10.1002/da.20430., 2009.



- [17] L. Ecurra, « Cuantificación de la Validez de Contenido por Criterio de Jueces,» *Revista PUCP* 6, pp. 103-111, 1988.
- [18] J. Escobar-Pérez y A. Cuervo-Martínez, « Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su a su utilización,» *Avances en Medición* 6, p. 27–36.
- [19] S. Welch y J. Comer, *Quantitative methods for public administration*, Auburn: Cole Publishing Co., 1988.
- [20] J. Batista-Fouguet, G. Coenders y J. Alonso, «Análisis Factorial Confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud,» *Med Clin (Sup1)*, pp. 21-27, 2004.
- [21] S. De la Fuente-Fernandez, «Análisis factorial.,» *Universidad Autonoma de Madrid, Facultad de Ciencias Económicas*, pp. 1-32, 2011.
- [22] R. Moreta-Herrera, T. Durán-Rodríguez y I. Gaibor-González, «Estructura Factorial y fiabilidad del Cuestionario de Regulación emocional (ERQ) en una muestra de estudiantes del Ecuador,» *Psiencia* , pp. 1-15, 2018.
- [23] L. Aiken, *Test psicológicos y evaluación* (11ma ed.), México D.F.: Pearson, 2003.
- [24] F. W. Weathers, M. J. Bovin, D. J. Lee, D. M. Sloan, P. P. Schnurr, D. G. Kaloupek y B. P. Marx, «The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5):,» *Development and initial psychometric evaluation in military Veterans. Psycholog*, 2018.
- [25] A. Bandura, «Guide for constructing self-efficacy scales,» de *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*, Charlotte, Age Publishing, 2006, pp. 307-337.
- [26] O. Segovia, «Ciudad, violencia, seguridad y políticas públicas.,» de *Seminario Internacional "Violencia contra la mujer: del anonimato a las cifras"*, Quito, 2012.
- [27] J. Scott, *Going public: feminism and the shifting boundaries of private sphere*, Chicago: University of Illinois Press, 2005.
- [28] M. Cuvi, *Violencia contra las mujeres. La ruta crítica.*, Quito: OPS, 1999.
- [29] Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, «Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres,» INEC, Quito, 2011.
- [30] M. J. Rendón, « The cultural adaptation of the Clinician-Administered PTSD Scale for




Spanish-Speaking Latinos with limited English proficiency in the United States (Order No. 3746578),» *Dissertations & Theses Pro*, 2015.

- [31] D. Weiss y Marmar, «The Impact of Event Scale- Revisad.,» de *Assesing psychological trauma and PTSD: A handbook for practioners*, New York, Guilford Press, 1997, pp. 399-411.
- [32] J. Nunnally, *Teoría psicométrica*, México : Trillas, 2000 .
- [33] P. A. Palmieri, F. W. Weathers, J. Difede y D. W. King, «Confirmatory factor analysis of the PTSD Checklist and the Clinician-Administered PTSD Scale in disaster workers exposed to the World Trade Center Ground Zero.,» *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), pp. 329-341, 2007 .
- [34] M. Miller, E. Wolf, K. Harrington, T. Brown, D. Kaloupek y T. Keane, «An evaluation of competing models for the structure of PTSD symptoms using external measures of comorbidity.,» *J Trauma Stress Oct;23(5)*, pp. 631-638, 2010.
- [35] F. Weathers, D. Blake, P. Schnurr, D. Kaloupek, B. Marx y T. Keane, «The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5),» *[Assessment] Available from www.ptsd.va.gov.*, 2013.


NOTA BIOGRÁFICA




Graciela Ramírez I. ORCID ID  <https://orcid.org/0000-0002-1569-8232>. Candidata Doctoral por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Máster en Ciencias Sociales por FLACSO Ecuador. Psicóloga Clínica PUCE Ecuador. Sus líneas de investigación incluyen: teoría psicoanalítica, atención especializada a mujeres en situación de violencia e investigación forense. Actualmente es docente agregada de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.






Valeria Villarán. ORCID ID  <https://orcid.org/0000-0003-3663-476>. Doctora en Psicología del Desarrollo por la Universidad de Fordham, Nueva York, es Magister en Psicología del Desarrollo por esa misma universidad y Licenciada en Psicóloga Clínica por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Sus líneas de investigación incluyen: vínculo temprano, maternidad y relación terapéutica. Actualmente es Docente a tiempo completo del Departamento Psicología en la Pontificia Universidad Católica de Perú.



Rafael Gargurevich. ORCID ID  <https://orcid.org/0000-0001-6346-4134>. Doctor en Psicología por la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica), Magíster en Análisis cuantitativo para las Ciencias Sociales por la Universidad Católica de Bruselas. Licenciado y Bachiller en Psicología por la Universidad de Lima. Sus líneas de investigación incluyen: psicología de la motivación, desarrollo psicológico, psicología positiva y las consecuencias psicológicas de desastres. Profesor asociado del Departamento de Psicología en la Pontificia Universidad Católica de Perú.



Nathalia Quiroz.  <https://orcid.org/0000-0002-1231-0626>. Candidata a doctora por la Universidad de Deusto España, Máster en Ciencias Sociales con mención en Género y





Desarrollo por FLACSO Ecuador. Sus líneas de investigación incluyen: estudios de género, amor romántico, violencia contra la mujer y diseño y aplicación de instrumentos psicológicos. Actualmente es docente agregada de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.



Ramírez, Landolt, Gargurevich & Quiroz. Escala de trastorno de estrés post traumático del DSM-V (CAPS-5): Propiedades psicométricas en mujeres violentadas.
Julio- Diciembre de 2020

<http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.244>

